



Complejo Asistencial
de Zamora

NUEVO HOSPITAL

Órgano de difusión del Complejo Asistencial de Zamora

Febrero 2012; Vol. VIII Nº 1

Versión digital ISSN:1578-7516

EDITORIAL

1. Cruz Guerra N A; Director de la revista Nuevo Hospital
-

ORIGINALES

2. Variables que influyen en el destino al alta tras un ictus
González Sanz M A
Martín Francisco M A
Ferrero Devesa L
Pelayo Alonso M A
-

CASOS CLÍNICOS

7. Estatus epiléptico en paciente tratado con ácido zoledrónico
Martínez Velado E
Cruz Guerra N A
R. Hernández Martín R
Martín Pérez S
Chimeno Viñas M M
Porto Sierra M
-

CARTAS AL DIRECTOR

10. Presentación de la I Jornada de Investigación del Complejo Asistencial de Zamora
Ochoa Sangrador C
-

11. Normas de Publicación

NUEVO HOSPITAL

Dirección

Nicolás Alberto Cruz Guerra

Secretario

Pedro Felipe Rodríguez de la Concepción

Comité Editorial

Juan Carlos García Vázquez

Beatriz Muñoz Martín

Carmen Villar Bustos

Fundada en 2001 por el
Dr. José L. Pardal Refoyo

© Copyright 2011. Reservados todos los derechos.

Complejo Asistencial de Zamora

Avda. Requejo, 35

49022 Zamora (España)

Edita:

Complejo Asistencial de Zamora

Avda. Requejo, 35

49022 Zamora (España)

Diseño y realización:

Pedro Felipe Rodríguez de la Concepción

Nuevo Hospital, con ISSN 1578-7516 (versión digital), y de periodicidad cuatrimestral (3 n° al año) es el órgano de difusión del Complejo Asistencial de Zamora.

<http://www.salud.jcyl.es/hospitales/cm/CAZamora>

Correo electrónico :

revistanuevohospital@saludcastillayleon.es

Los trabajos publicados en *Nuevo Hospital* reflejan la opinión de sus autores. El Comité Editorial no se responsabiliza necesariamente de los criterios y afirmaciones expuestas.

Se cumple un año desde que el primer número de la segunda época de la revista Nuevo Hospital saliera a la luz. Los inicios de un proyecto no suelen ser fáciles. Las dudas, el desconocimiento y la inercia acomodaticia que afecta muchas veces al personal que trabaja en el ámbito sanitario a la hora de la producción científica son factores-obstáculo que merman el impulso que en los primeros pasos necesita toda publicación. Tanto en los números previos como en el actual me resulta especialmente grato comprobar que sí existen personas que saben plasmar sus inquietudes científicas en forma de artículo, y desde estas líneas felicito a dichos autores, animándoles a que este espíritu no decaiga de ninguna manera.

Nuevo Hospital nació con plena consciencia de su realidad. Como es evidente, no constituye una revista líder en cuanto a factor de impacto; sin embargo, debe recordarse que desde un punto de vista estrictamente bibliográfico posee el mismo rango que cualquier otra publicación científica de ámbito nacional. El incremento de su peso específico, tanto cualitativo como cuantitativo, es responsabilidad de la totalidad de los que formamos el Complejo Asistencial de Zamora.

Confío en que el 2012 sirva para consolidar un flujo constante de aportaciones a esta revista, que es de todos. A este respecto, creo de interés la mejora de la implicación de las unidades docentes actualmente existentes - tanto médicas como de enfermería -, y para ello reitero a sus responsables la total disposición que de cara al uso de esta publicación hago en nombre del Comité Editorial.

Mi más sincero agradecimiento a todos los que desde el principio han hecho posible este proyecto, y a los que con su esfuerzo participan en su andadura.

Invito a la lectura de este nuevo número, y a la colaboración en un próximo futuro, abierta al que así lo desee.

Nicolás Alberto Cruz Guerra
Director de la revista Nuevo Hospital

EDITORIAL

Variables que influyen en el destino al alta tras un ictus

González Sanz M A, Martín Francisco M A, Ferrero Devesa L

Enfermeras. Servicios de Hematología y Neurología. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).

E-mail: agonzalezsa@saludcastillayleon.es

Pelayo Alonso M A

Enfermero. Servicio de Radiodiagnóstico. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).

RESUMEN

Introducción: Según la OMS, el ictus representa la segunda causa de muerte y la primera de invalidez en los adultos. Un 40% de los que lo superan sufren alguna discapacidad que les impide valerse por sí mismos. Dadas las características de nuestros pacientes decidimos conocer mejor su perfil, y descubrir qué factores influyen en su destino tras la estancia hospitalaria por ictus.

Material y métodos: Estudio descriptivo de los pacientes diagnosticados de ictus a cargo de la Unidad de Neurología del Complejo Asistencial de Zamora, dados de alta entre marzo-agosto de 2009. Se recogen datos demográficos, epidemiológicos y de dependencia tras el alta (escala o índice de Barthel), así como su destino.

Resultados: Se dieron de alta 88 pacientes tras una estancia media de 9,71 días. El 61,4% fueron hombres. El 73,9% de los ictus fueron de origen isquémico. Al alta encontramos un grado de dependencia total (Barthel ≤ 20) en un 20,45%, y una dependencia grave o moderada (Barthel 20-55) en un 12,50%.

La gran mayoría de los pacientes se dirigió a su domicilio tras recibir el alta (80,7%). El 72,2% de los pacientes que tuvieron como destino una institución tenía un índice de Barthel ≤ 20 . El cónyuge ejerce el papel de cuidador principal en un 55,7% de los casos.

Conclusiones: Tras el alta se elige de forma prioritaria el domicilio (propio o familiar) como destino donde el cónyuge se hace cargo del paciente. La elección de la institucionalización se relaciona con un índice de Barthel < 60 , y una edad mayor de 75 años

PALABRAS CLAVE

Ictus. Alta. Barthel. Cuidador principal.

ORIGINAL

INTRODUCCIÓN:

Se denomina "ictus" o enfermedad cerebral vascular (ECV) a aquellas alteraciones encefálicas secundarias a un trastorno vascular cuya presentación suele ser súbita y violenta¹.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el ictus representa la segunda causa de muerte en el mundo después de las enfermedades cardiovasculares y la primera de invalidez en los adultos. Un 40% de los que lo superan sufren alguna discapacidad que les impide valerse por sí mismos².

Los datos del Instituto Nacional de Estadística demuestran que la ECV aguda o ictus fue en 2006 la segunda causa de muerte global (32.887 casos en ambos sexos) y la primera causa de muerte en la mujer (19.038 casos) en la población española; estimándose aproximadamente una muerte por ictus cada 15 minutos³. Es la causa más importante de invalidez a largo plazo en el adulto y la segunda causa de demencia, a las que se dedica un 3-4% del gasto sanitario.

En España el ictus supone la primera causa de discapacidad, cuya atención constituye un alto consumo de recursos tanto económicos como sociales, relacionado con la presencia de una dependencia funcional y una limitación o incapacidad para incorporarse a las actividades

sociolaborales habituales. Esto afecta tanto a la calidad de vida de los pacientes como a la de sus familias⁴. Las secuelas derivadas de los ictus varían según la gravedad del episodio, seguimiento y atención recibida. Según el informe ISEDIC en el 45% de los pacientes que lo superan aparece una dependencia importante, con secuelas mentales, y en un porcentaje mayor secuelas físicas. Se estima que en España hay hasta 350.000 personas discapacitadas por ictus. En el caso del ictus, la familia aporta el trabajo equivalente al de cinco cuidadores en una residencia, y en muchos casos el cuidador principal debe renunciar a su trabajo y tiempo de ocio para dedicarse al enfermo⁵.

A lo largo de nuestro trabajo, hemos visto como se alargan las estancias debido a los problemas socioeconómicos y de dependencia que se generan con el alta de estos pacientes.

Dadas las características de la población a la que damos cobertura, y puesto que no hay estudios suficientes en nuestro medio, desarrollamos éste, de cara a establecer un perfil de nuestros pacientes y conocer qué factores influyen en el destino hacia domicilio (propio o familiar) o residencia al alta tras un ictus y poder adecuarnos, en lo posible, a sus características y necesidades.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Para ello realizamos un estudio descriptivo cuantitativo transversal que recoge los datos de los pacientes diagnosticados de ictus, que ingresan a cargo de la Unidad de Hospitalización de Neurología del Complejo Asistencial de Zamora (CAZA), y son dados de alta entre los meses de marzo y agosto de 2009.

Se elaboró una encuesta que recoge datos:

-Preictus: edad, sexo, nivel de estudios, estado civil, vivienda en zona rural o urbana, compañía en domicilio, competencia o no de la misma, nivel de dependencia previa al ingreso (sale solo a la calle y necesita ayuda para las actividades básicas de la vida diaria -ABVD-).

-Del ictus: tipo de ictus, comorbilidad, días de estancia hospitalaria.

-Tras ictus: valoración de nivel de independencia al alta (escala o índice de Barthel -IB- [mide la capacidad de independencia en diez ABVD -baño,

vestido, aseo, ir al retrete, deambulación, traslado cama/sillón, escalones, incontinencia de esfínter vesical y rectal y alimentación-]. Puntúa sobre 100 la máxima independencia. Sus resultados se suelen agrupar en las siguientes categorías de dependencia: a) dependencia total, IB < 20 puntos; b) dependencia grave, IB entre 20 y 35; c) dependencia moderada, IB entre 40 y 55; d) dependencia leve, > 60; y e) independencia, 100 puntos])⁶⁻⁷, destino al alta, presencia o no de disfagia -con utilización de sonda nasogástrica o PEG-, quién es el cuidador principal, y la existencia de otros cuidadores.

El análisis de las variables fue realizado mediante programa informático SPSS 10.1 correspondiente a la Unidad de Investigación.

RESULTADOS:

El número de casos estudiados fue de 88 pacientes con diagnóstico de ECV; edad media de 71,20 años y una desviación típica de 10,98. La estancia media fue de 9,71 días.

Respecto a la distribución por sexo, el 61,4% fueron hombres. En cuanto al nivel de estudios cabe destacar que el 79,5% de los pacientes tiene estudios primarios, frente al 3,4% con estudios universitarios.

De la muestra viven acompañados el 88,6%, y en un 85,2% de los casos esa compañía era competente.

La distribución por domicilio es similar entre zonas rurales y urbanas (un 56,8% vive en el medio rural, el resto viven en zona urbana -Zamora, Benavente, Toro-).

Al valorar la independencia previa al ingreso hemos encontrado que un 88,6% salían solos a la calle y un 85% no precisaba ayuda en las ABVD.

Según el tipo de ictus encontramos que el 73,9% fueron de origen isquémico; 14,8% de causa hemorrágica y 11,4% se diagnosticaron como accidente isquémico transitorio -AIT- (Fig. 1).

En cuanto a las patologías concomitantes encontramos: hipertensión arterial (HTA) 61,4%; cardiopatía 27,3%; diabetes mellitus 20,5%; ECV previa 10,56%; cáncer 8%; y EPOC 3,4% de los casos (Fig. 2).

Tras el episodio encontramos un grado de dependencia total (Barthel ≤ 20) en un 20,45%, y una

dependencia grave o moderada (Barthel 20-55) en un 12,50%. El 67% de los pacientes restantes tiene un Barthel superior a 60.

La gran mayoría de los pacientes se dirigió a su domicilio (o de algún familiar) tras recibir el alta (80,7%), frente al 12,5% que fueron remitidos a una residencia.

Por grupos encontramos que un 72,2% de los pacientes con Barthel ≤ 20 tienen como destino la institucionalización, bien sea una residencia u otros hospitales, frente al 27,8% que se dirigen al domicilio.

Los pacientes con una dependencia grave o moderada (Barthel 20-55) son dados de alta con destino a domicilio en un 72,7% de los casos frente al 27,3% que son institucionalizados.

La elección de una institucionalización se produce en un 55,2% de los casos en pacientes con Barthel < 60 ; y si a ello unimos la edad mayor de 75 años, se finaliza en institucionalización en el 73,3% de los casos (Fig. 3).

Los pacientes que vivían previamente solos tienen como destino la residencia en un 30% de pacientes, independientemente del Barthel. Si éste es < 60 y la edad < 75 , el ingreso supone el 100% de casos. (Datos limitados por el número de pacientes de la muestra).

En el tiempo que realizamos el estudio ningún paciente fue dado de alta con problemas de disfagia que precisase sondas de nutrición.

En el caso de los pacientes cuyo destino al alta es el domicilio, el papel del cuidador principal lo ejerce en la mayoría de los casos el cónyuge (55,7%), seguido de las hijas en menor medida (11,4%) y sólo en un 1,1% de los casos acuden a personal asalariado que ayude en el cuidado del paciente.

CONCLUSIONES:

Tras el análisis de los datos obtenidos y como respuesta a uno de nuestros objetivos, podemos decir que en nuestro medio el paciente que atendemos por ictus en la Unidad de Hospitalización de Neurología es mayoritariamente varón, perteneciente a la tercera edad, con estudios primarios, factores riesgo vascular (HTA, cardiopatía y diabetes principalmente) e ictus de origen isquémico.

Tras el alta eligen de forma prioritaria el domicilio (propio o familiar) como destino al alta. Estos datos se explican debido al número elevado de pacientes con una recuperación de las capacidades para realizar las ABVD; sin embargo los que presentan una dependencia importante, (IB entre 20-55) tienen un elevadísimo porcentaje de alta a domicilio (72,7%). En estos casos el cónyuge, ayudado por una hija, o una hija en caso de que no exista pareja, se hace cargo del paciente, y en pocas ocasiones utilizan personal asalariado para que les ayuden.

La elección de la institucionalización se relaciona con un IB < 60 , y una edad mayor de 75 años (73,3% de los casos que relacionan ambos factores).

La soledad previa al ingreso podemos incluirla como factor determinante para la institucionalización, pero en nuestro estudio nos vemos limitados por el número de casos recogidos. Estos resultados se asemejan a los obtenidos por estudios previos consultados⁸⁻¹².

No podemos constatar con datos si la presencia o no de sondas de nutrición es un factor que predispone a la institucionalización de los pacientes al alta, sin embargo durante nuestro trabajo diario sí que observamos que es una causa de temor tanto para los familiares como para el propio enfermo.

AGRADECIMIENTOS:

La colaboración de los Dres. J J Ruiz Ezquerro (Servicio de Neurología) e I Sánchez Blanco (Servicio de Rehabilitación) a la hora de enfocar el estudio ha sido inestimable. Del mismo modo agradecemos la labor del Dr. C Ochoa Sangrador (Unidad de Investigación) por su colaboración en el tratamiento estadístico e interpretación de los datos.

Agradecemos igualmente la colaboración de todo el Servicio de Neurología para evitar la pérdida de pacientes a lo largo del estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Estrategia en ictus del Sistema Nacional de Salud. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. [Acceso 10 de noviembre de 2009]. Disponible en: http://www.semg.es/doc/documentos_SEMG/estrategias_ictus_SNS.pdf

- World Health Organization. [Internet]. [Acceso 10 de noviembre de 2009]. The Atlas of disease cardiovascular and stroke. Disponible en: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/
- Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte 2006. [Internet]. [Acceso 10 de noviembre de 2009]. Disponible en: <http://www.ine.es>
- Vivancos J, Gil Núñez A, Mostacero E. Situación actual de la atención al ictus en fase aguda en España. En: Gil Núñez A (coordinador). Organización de la asistencia en fase aguda del ictus. GEECV de la SEN. 2003: 9-26.
- Durán MA. Informe sobre el impacto social de los enfermos dependientes por ictus (Informe ISEDIC, 2004). Madrid: Editorial Luzón; 2004.
- Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. Md State Med J. 1965; 14: 61-5.
- Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzabeitia J. Índice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. Rev Esp Geriatr Gerontol. 1993; 28: 32-40.
- Díaz Guzmán J, Egido Herrero JA, Fuentes B, Fernández Pérez C, Gabriel Sánchez R, Barberà G, et al. Incidencia de ictus en España: estudio Iberictus. Datos del estudio piloto. Rev Neurol. 2009; 48: 61-5.
- Fabre C, Egido JA, Varela de Seijas E, Rivera JM. Factores determinantes del destino al alta tras un ictus en ancianos. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2001; 36: 145-9.
- San Segundo RM, Aguilar JJ, Santos F, Usabiaga T. A model for predicting delay in discharge of stroke patients. Ann Readapt Med Phys. 2007; 50: 14-9.
- Gregory PC, Han E. Disparities in postacute stroke rehabilitation disposition to acute inpatient rehabilitation vs home: findings from the North Carolina Hospital discharge database. Am J Phys Med Rehabil. 2009; 88: 100-7.
- Meijer R, van Limbeek J, Peusens G, Rulkens M, Dankoor K, Vermeulen M, et al. The Stroke Unit Discharge Guideline, a prognostic framework for the discharge outcome from the hospital stroke unit. A prospective cohort study. Clin Rehabil. 2005; 19: 770-8.

FIGURAS

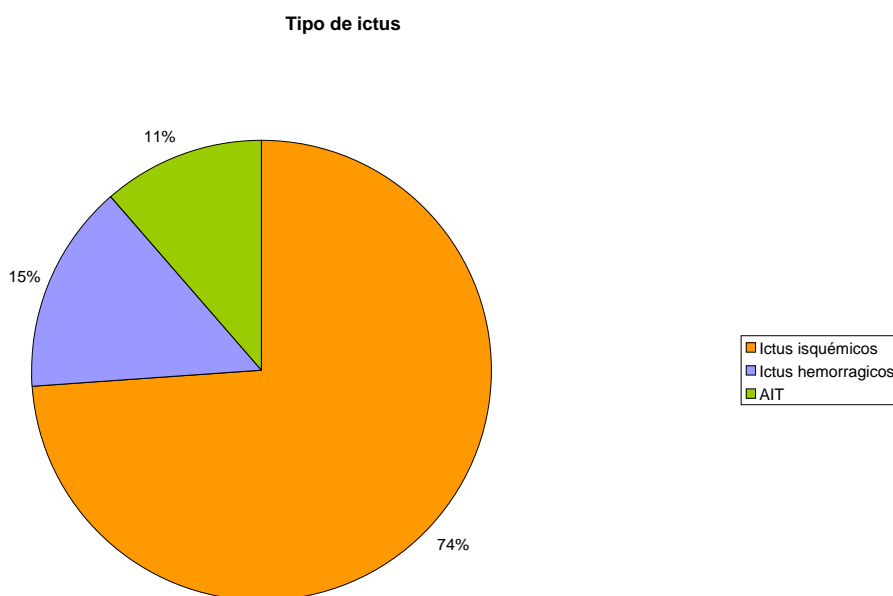


Figura 1.

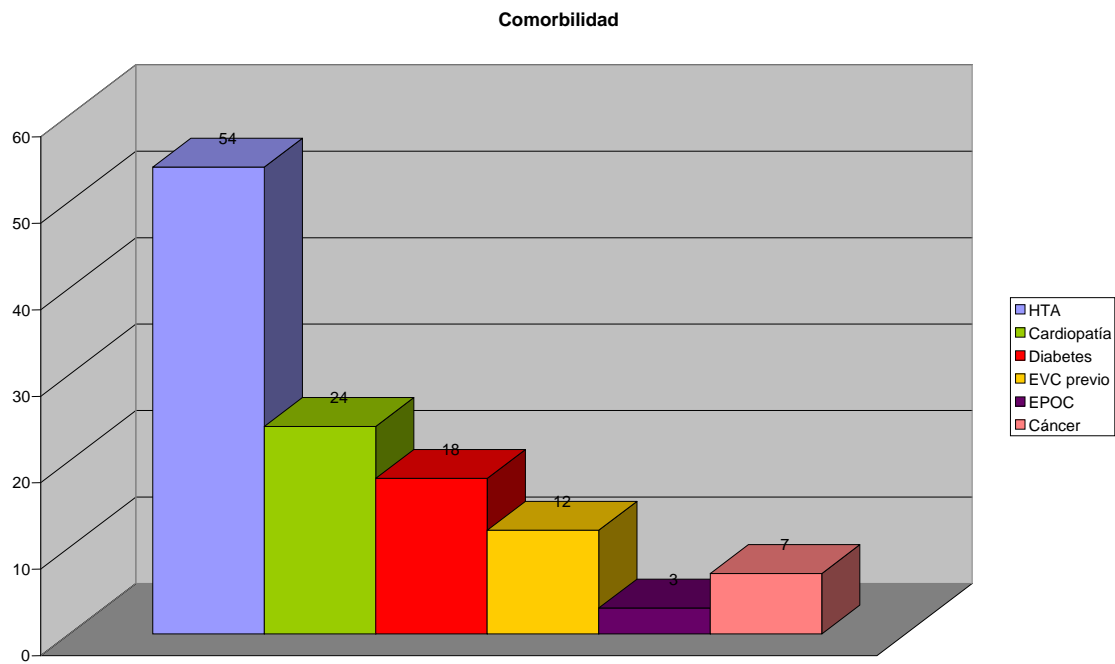


Figura 2.

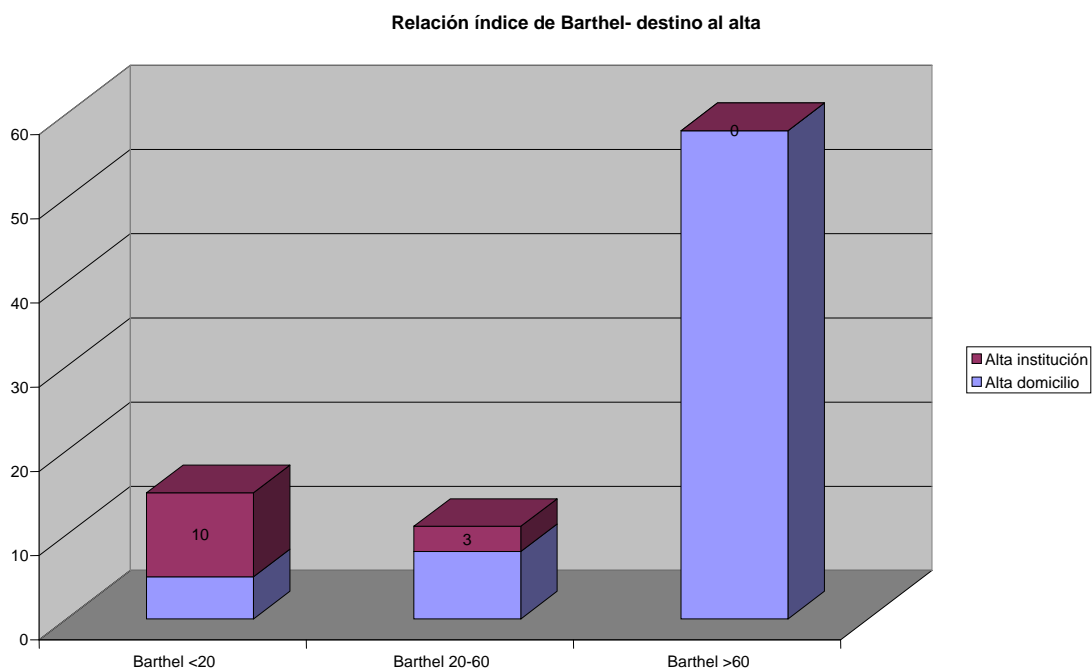


Figura 3.

Estatus epiléptico en paciente tratado con ácido zoledrónico

Martínez Velado E

MIR del Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora. (España).

E-mail: emvelado@hotmail.com

Cruz Guerra N A

Licenciado Sanitario Especialista del Servicio de Urología. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora. (España).

Hernández Martín R

Licenciado Sanitario Especialista del Servicio de Hematología. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora. (España).

Martín Pérez S

Licenciada Sanitaria Especialista del Servicio de Hematología. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora. (España).

Chimeno Viñas M M

Licenciada Sanitaria Especialista y Tutora de Residentes MIR del Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora. (España).

Porto Sierra M

Licenciado Sanitario Especialista y Jefe del Servicio de Urología. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora. (España).

RESUMEN

Objetivo: Descripción de un caso de hipocalcemia y epilepsia en paciente tratado con ácido zoledrónico.

Método: Presentamos el caso de un paciente varón de 77 años diagnosticado hace siete años de adenocarcinoma de próstata estadio D, en tratamiento actualmente con ácido zoledrónico. El paciente ingresó en el Servicio de Urgencias por un cuadro de desorientación, disnea y dificultad para la bipedestación. Prurito generalizado coincidente. La exploración física demostró desorientación temporoespacial, bradipsiquia, palidez cutáneo-mucosa, edemas en extremidades inferiores distales y dolor a la percusión en zona pretibial. Alteraciones analíticas a destacar: creatinina 4.24 mg/ dL, calcio 3.5 mg/ dL. En la tomografía axial computerizada cerebral sólo se objetivó cierta atrofia cerebral corticosubcortical.

Resultados: Se inició reposición cálcica intravenosa. El paciente comenzó a las 12 horas de su ingreso con un cuadro de epilepsia tipo grand mal, y posteriormente estatus epiléptico, ambos refractarios

a tratamiento. Exitus del paciente a las 48 horas de su ingreso.

Conclusiones: Aportamos un nuevo caso de hipocalcemia con epilepsia en el contexto de tratamiento con bifosfonatos. Se describe el manejo terapéutico del caso. Destacamos la importancia de la vigilancia de los pacientes tratados con dichos fármacos, así como del correcto cumplimiento terapéutico de medicaciones necesarias asociadas.

PALABRAS CLAVE

Neoplasias prostáticas. Acido zoledrónico.
Hipocalcemia. Epilepsia.

ORIGINAL

INTRODUCCIÓN:

Los bifosfonatos constituyen un grupo terapéutico de aplicación no infrecuente. Los casos de neoplasia con afectación ósea metastática tal como el adenocarcinoma de próstata es un ejemplo de ello. Con el siguiente caso clínico se pretende ilustrar la ausencia de inocuidad de este tipo de tratamientos, resaltando la importancia de la vigilancia en el supuesto de ser necesaria su administración.

CASO CLÍNICO:

Presentamos el caso de un paciente varón de 77 años con antecedentes personales principales de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, y leucemia linfática crónica - de reciente diagnóstico -. Diagnosticado hace siete años de adenocarcinoma de próstata estadio D, resistente a la castración y sintomático desde hace 24 meses, habiendo sido tratado con docetaxel. En tratamiento actualmente con leuprorelina, flutamida y ácido zoledrónico. Otros tratamientos asociados: diclofenaco, omeprazol, clopidogrel, olmesartán, repaglinida, torasemida y Fe.

El paciente ingresó en el Servicio de Urgencias por un cuadro de desorientación, disnea y dificultad para la bipedestación, todo ello de unos seis días de evolución. Prurito generalizado y dolor en extremidades inferiores coincidentes. La exploración física demostró desorientación temporoespacial, bradipsiquia, palidez cutáneo-mucosa, edemas en extremidades inferiores distales y dolor a la percusión en zona pretibial. Alteraciones analíticas a destacar: hemoglobina 6.7 g/ dL, hematocrito 19.7 %, 19400 leucocitos/ mm³ (24.1 % neutrófilos, 66 % linfocitos), 107000 plaquetas/ mm³, urea 125 mg/ dL, creatinina 4.24 mg/ dL, calcio 3.5 mg/ dL. En la tomografía axial computerizada cerebral sólo se objetivó cierta atrofia cerebral corticosubcortical con hipodensidad subcortical occipital izda en relación con probable episodio isquémico antiguo.

Se inició terapia transfusional y reposición cálcica vía intravenosa. El paciente comenzó a las 12 horas de su ingreso con un cuadro de epilepsia tipo grand mal, siendo inicialmente tratado con diazepam y fenitoína, instaurándose a pesar del mismo un

estatus epiléptico que resultó refractario a clonazepam, levetiracetam y ácido valproico. Finalmente precisó de administración de propofol, a pesar del cual se objetivó el exitus del paciente a las 48 horas de su ingreso.

DISCUSIÓN:

El uso de ácido zoledrónico en casos de adenocarcinoma de próstata metastático resistente a la castración está bastante extendido. Estudios randomizados¹ demuestran que este bifosfonato logra frente a placebo la disminución tras 24 meses de seguimiento de la incidencia en dichos pacientes de eventos óseos adversos (33% vs 44%), aumentando el periodo de latencia hasta su aparición; y permite asimismo disminuir la incidencia de fracturas patológicas (13.1% vs 22.1%). De igual forma han sido publicadas tasas de respuesta positiva para el dolor de origen metastático óseo de hasta el 70-80 % con ácido zoledrónico².

El uso de dicho bifosfonato no está sin embargo exento de complicaciones. La incidencia de insuficiencia renal coincidiendo con la administración de este fármaco se sitúa en el rango del 10-20 %³, resultando más frecuente según es más avanzada la edad del paciente. Por otra parte, el deterioro de la función renal puede dificultar la activación metabólica de la vitamina D, lo cual puede constituir un factor causal de hipocalcemia⁴. El hipoparatiroidismo y la hipomagnesemia están asimismo descritos como determinantes de riesgo hipocalcémico en el contexto de uso de bifosfonatos intravenosos⁵. Las propias lesiones osteoblásticas del cáncer prostático, vinculadas a mecanismos citokínicos pueden facilitar la hipocalcemia⁶, y si a ello unimos la acción inhibitoria del ácido zoledrónico sobre las vías enzimáticas del mevalonato y consecuente disminución de la actividad osteoclastica⁷, se comprenderá la tendencia inductora de cifras reducidas de calcio sérico.

Han sido publicadas cifras globales de incidencia de hipocalcemia secundaria a bifosfonatos de hasta un 38,8 %⁸, si bien se acepta que los grados severos vinculados a ácido zoledrónico no constituyen más de un 2 %¹ de casos. La infrecuencia de dicha manifestación no supone el ignorar esta posibilidad, máxime si tenemos en cuenta la consecuente aparición de crisis convulsivas⁹, sobre todo en pacientes de edad avanzada, que desemboquen en un cuadro de estatus epiléptico, tal y como sucedió

en el paciente anteriormente descrito, con resultado de éxitus.

Con todo lo anterior, es preciso recordar, al igual que otros autores¹⁰, la importancia del control de la función renal, así como de la administración (y transmisión al paciente del interés de su correcto cumplimiento terapéutico) de suplementos de calcio - y en su caso, de vitamina D - en aquellos pacientes sometidos a terapia con bifosfonatos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Saad F, Gleason DM, Murray R, Tchekmedyan S, Venner P, Lacombe L, et al. A randomized, placebo-controlled trial of zoledronic acid in patients with hormone-refractory metastatic prostate carcinoma. *J Natl Cancer Inst.* 2002; 94: 1458-68.
2. Heidenreich A, Hofmann R, Engelmann UH. The use of bisphosphonate for the palliative treatment of painful bone metastasis due to hormone refractory prostate cancer. *J Urol.* 2001; 165: 136-40.
3. Guarneri V, Donati S, Nicolini M, Giovannelli S, D'Amico R, Conte PF. Renal safety and efficacy of i.v. bisphosphonates in patients with skeletal metastases treated for up to 10 Years. *Oncologist.* 2005; 10: 842-8.
4. Hanamura M, Iwamoto T, Soga N, Sugimura Y, Okuda M. Risk factors contributing to the development of hypocalcemia after zoledronic acid administration in patients with bone metastases of solid tumor. *Biol Pharm Bull.* 2010; 33: 721-4.
5. Peter R, Mishra V, Fraser WD. Severe hypocalcaemia after being given intravenous bisphosphonate. *BMJ.* 2004; 328: 335-6.
6. Potts JT Jr. Diseases of the parathyroid gland and other hyper- and hypocalcemic disorders. En: Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, editores. *Harrison's principles of internal medicine*, 16th ed. New York: McGraw-Hill; 2005, p. 2249-68.
7. Reid IR. Bisphosphonates: new indications and methods of administration. *Curr Opin Rheumatol.* 2003; 15: 458-63.
8. Zuradelli M, Masci G, Biancofiore G, Gullo G, Scorsetti M, Navarra P, et al. High incidence of hypocalcemia and serum creatinine increase in patients with bone metastases treated with zoledronic acid. *Oncologist.* 2009; 14: 548-56.
9. Tsourdi E, Rachner TD, Gruber M, Hamann C, Ziemssen T, Hofbauer LC. Seizures associated with zoledronic acid for osteoporosis. *J Clin Endocrinol Metab.* 2011; 96: 1955-9.
10. Gulley JL, Wu S, Arlen PM, Dahut WL. Persistent hypocalcemia induced by zoledronic acid in a patient with androgen-independent prostate cancer and extensive bone metastases. *Clin Genitourin Cancer.* 2007; 5: 403-5.

CARTAS AL DIRECTOR: Presentación de la I Jornada de Investigación del Complejo Asistencial de Zamora

Ochoa Sangrador C

Presidente de la Comisión de Investigación y Biblioteca. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora. (España).

E-mail: cochoa@saludcastillayleon.es

Estimados/as compañeros:

Desde la Comisión de Investigación y Biblioteca nos complace presentar la **I Jornada de Investigación** que se celebrará el día 18 de Abril, en sesión de mañana y tarde, en el Salón de actos del Hospital Virgen de la Concha.

Esta Jornada se realiza con el objetivo de difundir y potenciar la actividad investigadora en el Complejo Asistencial de Zamora, fomentar la colaboración entre grupos de investigación y mejorar la formación metodológica de los profesionales sanitarios del centro.

Esperamos que esta iniciativa, que cumple con el compromiso adquirido por la Comisión de Investigación y Biblioteca, de colaborar en la promoción y formación en investigación sea de vuestro interés.

Os invitamos a participar activamente en esta jornada no sólo con vuestra presencia, sino también con vuestras aportaciones.

Díptico con el programa completo y formulario para envío de comunicaciones en:

<http://www.saludcastillayleon.es/CAZamora/es/comunicaciones-hospitalarias/comision-investigacion-biblioteca>

También se pueden descargar en la siguiente dirección:

<http://www.jornadainvestigacionzamora.blogspot.com/>

Inscripción gratuita.

NORMAS DE PUBLICACIÓN

La revista NUEVO HOSPITAL (ISSN 1578-7524. Edición digital), de periodicidad cuatrimestral, está abierta a todos los profesionales del Complejo Asistencial de Zamora y persigue dos objetivos:

1. Ser fuente de información actualizada ente los Hospitales del Complejo y los posibles usuarios a nivel nacional e internacional.

2. Crear un medio que sirva de estímulo a los profesionales del CAZA (Complejo Asistencial de Zamora) para que difundan los resultados de sus actividades profesionales y de investigación.

Los trabajos que se remitan para la consideración de su publicación, deberán estar relacionados con estos dos objetivos o con los específicamente propuestos por el Comité Editorial en el caso de monográficos o números extraordinarios.

NUEVO HOSPITAL aceptará trabajos inéditos o aquellos que hayan sido editados en publicaciones que no tengan difusión internacional o sean de difícil acceso (seminarios, actas de congresos, ediciones agotadas, etc.). No se publicarán trabajos que ya estén accesibles en Internet.

Formato de los manuscritos

La lengua de los trabajos será el castellano y no existirá límite en la extensión.

Los trabajos deberán editarse en formato Word, en letra Book Antiqua, de tamaño 10 y con interlineado mínimo. Constarán de las siguientes partes:

Título. Que exprese el contenido del trabajo

Autores. Se reflejarán los dos apellidos y la inicial o iniciales del nombre. Se expresará con asterisco el cargo o puesto de trabajo, servicio o departamento y el nombre completo del Centro de trabajo.

Dirección para la correspondencia. Correo electrónico del autor responsable para la correspondencia interprofesional

Resumen. No superior a las 250 palabras

Palabras clave. De 3 a 6 palabras que reflejen la temática del trabajo

Cuerpo del trabajo. Podrá contener subtítulos que deberán ir en negrita y línea aparte.

Bibliografía: Las referencias bibliográficas deberán elaborarse de acuerdo a los Requisitos de Uniformidad para Manuscritos enviados a Revistas Biomédicas (estilo Vancouver):

http://www.metodo.uab.cat/docs/Requisitos_de_Uniformidad_Ejemplos_de_referencias.pdf (Versión revisada abril 2010).

Principios éticos y legales

En ningún caso NUEVO HOSPITAL aceptará trabajos que, en alguna medida, el Comité Editorial considere que promuevan cualquier tipo de discriminación (racial, social, política, sexual o religiosa) o sean ofensivos para la Institución o para alguno de sus profesionales.

Los trabajos deben atenerse a la declaración de Helsinki, respetando las normas éticas de estudio con seres humanos o animales.

NUEVO HOSPITAL no se hace responsable de los trabajos y opiniones expresadas por los autores. El Comité Editorial entiende que los autores firmantes aceptan la responsabilidad legal del contenido publicado.

Recepción de los artículos y comunicación con los autores

El envío de los trabajos se realizará exclusivamente a través de correo electrónico como archivos adjuntos a la dirección revistanuevohospital@saludcastillayleon.es indicando en el asunto "*solicitud de publicación*". El plazo de presentación finalizará el día 15 del mes anterior a la publicación de la revista (15 de enero, 15 de mayo y 15 de septiembre). Los autores recibirán un correo electrónico acusando recibo de la recepción de los trabajos.

Todos los trabajos recibidos serán evaluados por el Comité Editorial, quien valorará la pertinencia para su publicación y, en los casos que estime necesario, indicará las modificaciones oportunas. Los autores recibirán cualquier decisión a la dirección de correo electrónico desde la que se remitió el trabajo.